FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Emile PALEY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOLOGIE DIGESTIVE DU SOLDAT

Président : M. LETULLE, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	I.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A la Mémoire de mon Beau-Frère

Le Caporal André CHATILLON

Blessé mortellement à l'ennemi.

A tous les Miens et A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin-chef de l'Hôpital Buffon.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Bénévolat.

MM. le Docteur BARTH
le Professeur LEJARS

Externat.

MM. le Docteur LAUNAY
le Docteur BABINSKY
le Docteur BRAULT

Internat.

MM. le Docteur LAUNAY
le Docteur BRAULT
le Docteur GARNIER

A MES MAITRES ET AMIS

MM. LES DOCTEURS AMEUILLE, PAILLARD, BARBET, BRAC.

AVANT-PROPOS

C'est sur le conseil du Docteur H. Paillard que nous avons entrepris ce travail; nous lui exprimons notre plus vive gratitude; souvent, au cours de ces notes, reviendront des idées qui lui sont chères; que notre maître et ami veuille bien voir là seulement une preuve de notre admiration pour sa méthode de travail.

Les notes que nous avons réunies ici devaient faire, il y a quelques mois déjà, et en pleine guerre, le sujet de notre thèse; les nécessités militaires nous ont obligé à en retarder l'impression; nous tenons cependant à les faire paraître sous leur forme primitive et à conserver à notre étude son caractère « de guerre ».

L'idée d'un travail de pathologie digestive nous a été inspirée par l'examen de nombreux militaires dyspeptiques ou entéritiques vus aux armées sous la direction du docteur H. Paillard.

Les notes qui vont suivre ont un caractère purement pratique; elles ne dérivent ni de nouveaux procédés d'exploration, ni de nouveaux syndromes, mais indiquent simplement l'utilité de certaines méthodes d'exa-

men dont l'expérience acquise aux armées nous a montré la valeur.

Dans le monde des « digestifs » qui encombraient nos hôpitaux militaires, on trouve de vrais malades; mais combien nombreux aussi sont les névropathes, les exagérateurs; il y a même quelques simulateurs.

Le médecin doit éviter le diagnostic trop sommaire et trop uniforme qui ne permet pas au vrai malade d'être soigné, qui entretient l'état du névropathe, et qui méconnaît le simulateur.

Aussi convient-il de multiplier les méthodes d'exploration objective; sans instrumentation spéciale, le médecin peut souvent voir beaucoup; il essaiera toujours de voir le maximum; les notes qui suivent nous paraissent pouvoir l'aider à mettre en œuvre quelques-unes des méthodes utiles.

CHAPITRE I

Le contrôle de l'amaigrissement.

Beaucoup de militaires ont maigri depuis la guerre. Chez un assez grand nombre, cette réduction de poids ne revêt pas un caractère pathologique; elle ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel et constitue souvent la perte d'un pannicule adipeux trop abondant au profit de la musculature.

Il n'y a donc qu'à s'en féliciter.

Mais, chez la plupart, l'amaigrissement est franchement pathologique, et il faut en interpréter la valeur.

Ces lignes indiquent comment doit être contrôlé ce symptôme important.

1° *On observe pour la première fois un malade qui dit avoir notablement maigri; cette assertion peut parfois être vérifiée.*

Assez souvent, pour confirmer son affirmation, le malade présente une photographie d'avant-guerre; c'est là un document objectif dont il convient de tenir compte, avec cette réserve que l'amaigrissement de la face n'est pas toujours suivi d'un amaigrissement corporel aussi accentué.

Mais en examinant le malade, on constatera souvent l'existence, sur diverses régions cutanées, de *vergetures* qui sont l'indice d'un amaigrissement notable et assez rapide. Il en existe trois localisations électives :

a) La région deltoïdienne, où les vergetures apparaissent en traînées verticales le long du sillon delto-pectoral, s'étendant plus ou moins sur le dôme deltoïdien lui-même;

b) La racine de la cuisse (face antéro-externe ou postéro-externe) où les vergetures sont également verticales;

c) La région lombo-sacrée, où les vergetures sont linéaires, parallèles et horizontales.

Alors que les deux premières localisations sont un signe certain d'amaigrissement, les vergetures lombo-sacrées sont quelquefois discutables, car il arrive de les rencontrer chez les adolescents comme vergetures de croissance, au même titre que les vergetures épiphysaires du genou.

Les vergetures abdominales inférieures sont loin d'être exceptionnelles, mais de fréquence beaucoup moins grande que les précédentes; elles peuvent d'ailleurs être liées, non pas à l'amaigrissement proprement dit, mais à la résorption d'un épanchement ascitique antérieur.

Les vergetures sont fines, discrètes, mais *nettes;* elles ne se voient pas à deux mètres comme les vergetures énormes et diffuses qui suivent parfois la résorption de gros œdèmes d'une néphrite hydropigène, mais elles ne peuvent passer inaperçues.

Il est entendu qu'elles ne sont pas un stigmate obligatoire de l'amaigrissement (par comparaison, une femme ne peut-elle pas avoir plusieurs grossesses sans présenter ultérieurement de vergetures abdominales?), du moins permettent-elles d'affirmer instantanément que le malade a effectivement maigri.

2° *Tout malade atteint d'une affection chronique susceptible de provoquer de la dénutrition doit être régulièrement pesé avec indication du poids au dossier.*

Cette mesure est d'une nécessité évidente pour tous les militaires susceptibles d'être versés dans le service auxiliaire ou réformés temporairement, et dont la situation dépend, par suite, de contre-visites assez fréquentes.

Mais cette mesure n'aura sa valeur que si les pesées sont faites avec une parfaite exactitude : *balance réglée*, malade pesé nu (1) et à jeun ; répétition périodique de la pesée.

Le poids sera indiqué sur toutes les pièces médicales, sans négliger de l'ajouter au diagnostic de sortie après chaque séjour hospitalier.

Ainsi, lorsqu'un malade dira avoir maigri, cette affirmation ne sera pas soumise à l'appréciation forcément élastique de sa bonne foi, mais sera établie par des documents précis.

(1) Le mieux est de convenir que le malade sera pesé avec son linge de corps (chemise, caleçon, chaussette) pour répondre à certaines objections de local ou de température extérieure.

Jamais le malade ne devra être pesé avec ses vêtements parce que ceux-ci constituent une cause d'erreur importante et variable, et parce que le secrétaire oublie souvent d'indiquer si le malade a été pesé habillé ou nu.

Il importe donc d'obtenir une convention uniforme.

CHAPITRE II

La délimitation du bord inférieur de l'estomac.

Lorsqu'on ne peut disposer de l'examen radiologique, lorsque la palpation et la recherche de la limite du clapotage ne donnent pas de résultats précis, nous conseillons de procéder de la façon suivante :

Le sujet à jeun et nu jusqu'au pubis est placé debout contre un mur et absorbe successivement deux cuillerées à soupe de potion N° 1 et la même quantité de potion n° 2 de Tonnet (1). Cette quantité de potion effervescente ne distend que modérément l'estomac, à peine autant qu'un repas moyen. La délimitation du bord inférieur de l'estomac est opérée très aisément par l'auscultation de l'abdomen, qu'il faut pratiquer immédiatement après l'absorption de la potion n° 2; on perçoit une pluie intense de râles crépitants d'une netteté

(1) Potion de Tonnet :

N°1	Bicarbonate de soude....	13	
	Sirop simple.....	20	(ne pas filtrer).
	Eau distillée.....	100	
N° 2	Acide tartrique.....	17	
	Sirop simple.....	20	
	Eau distillée.....	100	

parfaite, et dont la limite inférieure indique le bord inférieur de l'estomac.

On notera pratiquement son siège par rapport à l'ombilic (tant de travers de doigt au-dessus ou au-dessous).

Des variations importantes sont ainsi notées, depuis l'estomac hypertonique, dont le bord inférieur est à trois ou quatre travers au-dessus de l'ombilic, jusqu'à l'estomac ptosé dont le bord inférieur est à deux ou trois travers au-dessus de l'ombilic, jusqu'à la grande dilatation de la sténose pylorique dans laquelle l'estomac descend au pubis.

L'examen radiologique de « l'estomac clair » après absorption des quantités précitées de potion de Tonnet montre que l'auscultation fournit un renseignement exact.

La radioscopie après absorption de bismuth ou de baryte indique souvent un bord inférieur plus bas situé que ne l'a montré l'examen précédent en raison du poids notable réalisé par le liquide opaque rapidement ingéré.

Chez les malades atteints de dyspepsie hyperacide et soupçonnés d'hypersécrétion à jeun, on auscultera l'abdomen aussitôt après l'absorption de la potion n° 1 ; on percevra alors parfois un dégagement gazeux réalisé par le contact de la potion alcaline avec le liquide hyperacide de l'estomac ; ce premier renseignement obtenu, l'absorption de la potion n° 2 permettra de vérifier le siège du bord inférieur de l'estomac.

CHAPITRE III

Les règles générales du diagnostic des ulcérations digestives et en particulier des ulcérations gastriques.

Une ulcération digestive :

1° Est douloureuse ;

2° Saigne ;

3° Peut donner lieu à des modifications anatomiques (excavation notable, périviscérite) appréciables quelquefois, mais rarement à l'examen clinique (plastron d'ulcus calleux), plus fréquemment à l'examen radiologique.

Il convient de rechercher et d'interpréter ces trois ordres de signes avec toute la rigueur désirable.

1° La douleur.

Si la douleur spontanée accusée par le malade est souvent de localisation imprécise en raison de ses irradiations, et en particulier de sa propagation aux plexus nerveux voisins, la palpation méthodique provoque, en règle, la détermination d'un point douloureux électif qui correspond au siège de l'ulcus.

Pour avoir toute sa valeur, cette palpation doit être lente, précise, doit éliminer le contrôle visuel du malade (pour éviter une auto-suggestion), et fournir la même localisation à quelques minutes d'intervalle. Il faut palper avec un ou deux doigts, la pulpe à plat, et, tout en faisant le nécessaire, éviter une palpation trop prolongée qui laisse tout l'abdomen endolori.

La détermination topographique ayant été pratiquée (par rapport à la peau ou au squelette), il faut réaliser si possible la détermination anatomique. Or, seuls les plexus nerveux abdominaux présentent un siège constant; la situation de la grande ou de la petite courbure gastrique, du pylore, des angles coliques, etc., varient d'un sujet à l'autre, et, chez le même sujet, varient suivant la position. On demandera donc à une palpation complémentaire (autant que le relâchement de la paroi le permet) de déterminer le trajet du côlon et le siège du pylore (1). On peut rarement plus et on ne le peut pas toujours. Aussi l'examen radiologique viendra-t-il apporter un secours précieux en montrant à l'explorateur quel est l'organe qu'il palpe et qui réagit douloureusement à la palpation.

2° Le saignement.

L'hémorragie macroscopique évidente (hématémèse ou mœlena) est d'un appoint décisif pour le diagnostic d'un ulcus; mais elle manque souvent, et l'on ne sau-

(1) La région pylorique est souvent appréciable par la palpation. Cf. A. Mathieu : Etude sur la séméiologie pylorique; pylore palpable; tumeur pylorique à gauche de la région épigastrique. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* T. IX, n° 4.

rait exiger qu'elle se soit produite pour estimer avoir le droit de porter le diagnostic d'ulcus.

Ce qui, par contre, est presque la règle, c'est l'hémorragie minime répétée qui correspond au suintement sanguin de l'ulcération. Lorsque le médecin examine systématiquement les vomissements et les selles de ses malades, il n'est pas rare qu'il découvre dans les premiers un peu de mucus teinté de petits grumeaux chocolat, dans les secondes une petite zone noirâtre, qui correspondent à une hémorragie discrète.

Il ne faut pas que le médecin se dispense de ces examens macroscopiques qui sont très simples à faire lorsque le personnel infirmier bien dressé présente régulièrement les matières à examiner ; mais il est entendu aussi que les réactions de recherche chimique du sang (au premier rang desquelles nous plaçons la réaction de Meyer) doivent être mises en œuvre systématiquement et dans les matières vomies et dans les fèces. Nous ne revenons pas sur leur technique, bien précisée dans les traités, mais nous insistons sur les points suivants :

a) Les prélèvements doivent être opérés en plusieurs points, surtout ceux qui paraissent macroscopiquement suspects.

b) L'alimentation carnée, un saignement gingival ou hémorroïdaire enlèvent toute valeur à la réaction puisqu'ils suffisent à la rendre positive.

c) Les ferments salivaires donnent souvent une réaction de Meyer positive, cause d'erreur importante pour les vomissements, n'existant pas pour les selles.

d) Il est désirable que toutes les selles soient examinées (la réaction n'est ni longue ni difficile); si le malade présente plusieurs selles en 24 heures, on pourra se contenter d'en examiner une seule.

Cela étant, on peut se trouver en pratique en face de deux ordres de cas :

A. — *Ou bien on est sûr que toutes les causes d'erreur précitées ont été écartées*;

Si la réaction de Meyer est constamment ou fréquemment et franchement positive, surtout s'il existe des points macroscopiquement suspects, le diagnostic d'érosion ou d'ulcération digestive doit être admis; il ne peut être que soupçonné si la réaction est fréquemment mais faiblement positive; il doit être écarté si la réaction se montre constamment négative.

B. — *Ou bien on n'est pas sûr que toutes les causes d'erreur précitées ont été écartées*;

On n'est pas toujours certain, en particulier, que tel malade n'a pas absorbé de viande malgré la défense qui lui en a été faite; dans ces cas, une réaction de Meyer positive ne signifie rien, et il ne faut en tenir aucun compte; par contre, une réaction constamment négative permet d'éliminer l'hypothèse d'ulcus.

La pratique de la réaction de Meyer peut conduire à des erreurs de diagnostic grossières si les précautions préalables ne sont pas prises, si l'interprétation est faite sans discernement ou si les conclusions sont tirées d'après de rares examens.

Elle fournit au contraire des renseignements précieux à tous ceux qui, l'ayant expérimentée, savent l'utiliser suivant les directives générales précédentes.

Il est clair que, le principal signe d'une ulcération profonde étant le saignement, on ne doit négliger aucun soin ni aucune peine pour le mettre en évidence avec toutes les garanties possibles.

3° L'examen radiologique.

L'examen radiologique du tube digestif et en particulier de l'estomac peut montrer une **modification anatomique permanente** : encoche, zone adhérente, tache résiduelle. Ces signes radiologiques, rapprochés des symptômes cliniques, sont d'une importance considérable pour le diagnostic. Mais ils ne s'observent pas si l'ulcération est jeune ou peu profonde ; aussi leur absence ne doit pas éliminer absolument l'hypothèse d'ulcus.

Que peut-on donc alors demander à la radioscopie? *La précision du point douloureux.*

La palpation abdominale donne une indication sur la situation topographique du point douloureux électif, mais elle ne permet pas toujours de dire le siège anatomique exact de ce point; c'est sur ce fait que la radioscopie peut admirablement renseigner; en palpant, sous l'écran, l'estomac rempli de bouillie opaque, on voit exactement à quelle région gastrique correspond le point sensible : pylore, segment de la petite ou de la grande courbure, etc...

En palpant successivement en position debout et en position couchée, on voit le point douloureux se déplacer avec l'estomac, ce qui est un contrôle précieux que ne peut fournir l'exploration clinique.

Inversement, chez beaucoup de sujets, on constatera que la zone douloureuse est tellement inconstante, tellement variable, à quelques secondes d'intervalle, qu'on sera autorisé à admettre qu'il n'y a pas de zone électivement malade et à éliminer avec probabilité l'hypothèse d'un ulcus.

*
* *

Toutes les indications précédentes ne sont pas destinées à schématiser la question complexe des ulcérations digestives, mais à montrer qu'il est des *points essentiels sur lesquels l'exploration ne saurait jamais être trop minutieuse et précise.*

Pour tous les militaires que nous avons eu à soigner et à orienter, le diagnostic d'ulcus ne devait jamais être un diagnostic d'impression; il devait résulter de la réunion des symptômes fonctionnels (1) auxquels il ne faut parfois accorder, je le veux bien, qu'un crédit limité, et des constatations objectives faites avec le soin recommandé par les lignes précédentes.

Il faut savoir aussi qu'il peut y avoir des hémorragies digestives assez abondantes, sans ulcération vraie, chez les hépatiques (chapitre non négligeable

(1) Signes d'hypersthénie hyperacide *durable*, ou syndrome pylorique fruste avec douleurs tardives, ou syndrome pylorique franc. Ce sont les cas le plus habituellement observés.

dans la pathologie digestive de guerre); que d'autre part, un vieil ulcus cicatrisé peut ne donner lieu à aucune hémorragie appréciable. Tous ces faits sont bien établis depuis longlemps. Mais il ne s'agit pas, je le répète, d'édifier des classifications symptomatiques étroites; il s'agit de pratiquer avec soin des recherches essentielles qui, tout en satisfaisant l'esprit du médecin, lui permettent d'arriver à un diagnostic précis.

CHAPITRE IV

Les vomisseurs.

Daus un excellent article (1), Mouriquand et Bouchut, en décrivant les gastro-névroses de guerre, y distinguent trois types principaux : les flatulents, les douloureux et les « vomisseurs ».

Ce dernier terme correspond effectivement à une catégorie de faits qui méritent une description spéciale ; et à ce titre, il doit entrer dans la nosographie de guerre. Le *vomisseur* est un malade qui, sans que l'examen clinique, chimique ou radiologique le plus complet décèle quelque lésion que ce soit, présente régulièrement, ponctuellement, après chaque repas un vomissement alimentaire plus ou moins copieux.

1° Le vomissement est toujours *précoce ;* il survient de quelques minutes à une heure après le repas ; nous ne l'avons jamais vu survenir au bout de 2, 3 ou 4 heures ; les aliments évacués sont à peine ou non digérés.

2° Le vomissement est *ponctuel ;* le malade réclame

(1) Mouriquand et Bouchut. Les dyspepsies de guerre. *Presse Médicale*, 6 Juin 1918.

« sa » cuvette ou « son » seau qui lui sont réservés en propre, et font pour ainsi dire partie de son matériel hospitalier; chaque matin, à la visite, le médecin trouve à côté du lit ce récipient rempli des vomissements de la veille.

3° Le vomissement *n'empêche pas le malade de prendre régulièrement ses repas;* le malade mange et vomit; il peut demander une certaine restriction qualitative de son alimentation; mais il n'émet pas l'idée que le vomissement du matin l'invitera à ne pas prendre le repas du soir.

4° Le vomissement est *facile;* nous y avons maintes fois assisté en priant le malade de se rendre à notre salle d'examens immédiatement après la soupe; il s'assied sur une chaise, une cuvette sur les genoux, et, au bout de quelques minutes, il évacue son contenu gastrique soit par régurgitations fractionnées, soit en une ou deux fois. Ce vomissement se fait avec aisance, sans effort apparent, sans manifestations douloureuses extériorisées; le malade vomit comme il cracherait ou comme il urinerait.

5° *La douleur est franchement au second plan ou absente;* quelques malades se plaignent bien de souffrir et disent que le vomissement les soulage; la plupart ne s'expliquent pas leur vomissement ou parlent simplement d'une ascension spontanée et impérieuse des aliments.

Nous répétons que l'examen objectif le plus minutieux, tant du tube digestif que de tous les organes, ne permet de découvrir absolument aucune lésion.

Mouriquand et Bouchut considèrent les vomisseurs comme des gastro-névrotiques, et d'une façon générale nous nous rallions à leur opinion ; le vomissement est chez eux un tic, il n'est associé à aucune des autres manifestations du syndrome d'intolérance gastrique par ulcus ou du syndrome d'obstacle pylorique ; toute la maladie est dans le vomissement.

Cependant, quelle part faut-il faire à la simulation possible? Mouriquand et Bouchut, après une observation attentive à cet égard (et d'autant plus éclairée que l'un d'eux (1) a rapporté un cas de vomissements simulés par ingestion volontaire de sulfate de cuivre), éliminent dans la grande majorité des cas l'hypothèse de simulation. Nous-même avons cherché, à plusieurs reprises, à mettre en évidence, dans les produits d'expulsion gastrique, une substance émétisante, et nos recherches ont été négatives. Mais il est impossible, lorsqu'on voit les malades vomir, de ne pas penser à la possibilité de régurgitations volontaires ou de *mérycisme*.

Nous avons tous vu des exemples de ces faits chez des individus parfaitement normaux qui s'y étaient ou non volontairement exercés. L'absence d'ingestion de produits émétisants, l'absence de manœuvres extérieures visibles ne suffisent pas à éliminer l'hypothèse de simulation. Sans doute, il est très difficile de l'affirmer, et c'est souvent un ensemble de circonstances morales plus que des constatations objectives qui permettront de la soupçonner ou de l'admettre ; mais, en fait, ce qui est

(1) Mouriquand. Société médico-chirurgicale de la 14e Région. (Déc. 1916).

important, c'est que le vomisseur ne soit pas un malade organique et que le médecin lui fasse savoir qu'il ne le considère pas comme tel.

Donc, qu'il s'agisse de gastro-névrose ou de simulation douteuse, le médecin doit affirmer au patient que, après examen complet et minutieux, l'estomac ne présente absolument aucune lésion et qu'il n'y a aucune raison physiologique au vomissement. Cette démonstration doit être faite en un temps assez court pour qu'on ne laisse pas se produire chez certains névropathes un amaigrissement réel. Enfin, le diagnostic de sortie de l'hôpital doit mentionner expressément qu'il s'agit d'un vomisseur sans aucune lésion digestive cliniquement ou radiologiquement appréciable, et sans aucune autre lésion organique.

Nous signalons, dans une autre note de ce travail, la nécessité d'éviter toutes causes d'erreur par l'examen systématiquement complet du malade et la confusion grossière qui pourrait être commise, par exemple, entre le syndrome du vomisseur et les manifestations gastriques d'un tabes incipiens (s'accompagnant d'ailleurs réellement de douleur et d'intolérance alimentaire). Il va de soi que le médecin tiendra tout autant à ne pas se laisser tromper par des apparences et à mettre en œuvre avec conscience tous les moyens d'investigation qui lui permettront de dépister une affection organique réelle, jusque-là méconnue chez le malade.

CHAPITRE V

L'importance de l'examen général en pathologie digestive.

Nombre de malades dont la symptomatologie fonctionnelle est essentiellement digestive ne présentent à l'examen de l'estomac et de l'intestin (examen clinique et radiologique, recherches de laboratoire) aucune lésion corroborant les troubles accusés par l'interrogatoire.

On a parfois tendance à les considérer, sinon comme des simulateurs, du moins comme des exagérateurs; mais avant d'arriver à cette conclusion, il convient par un examen général de chercher à dépister toute affection organique susceptible de réagir, de près ou de loin, sur les fonctions digestives et pouvant légitimer les troubles accusés par le malade.

Mieux que toute description didactique, les exemples suivants justifient la nécessité de cet examen complet.

I. — Un homme de 45 ans accuse des signes d'hyposthénie gastrique; l'appétit est médiocre ou nul, la viande est mal tolérée, les digestions sont lentes, l'abdomen se ballonne après chaque repas ; corrélativement à ce déficit digestif, le malade déclare qu'il perd ses forces et qu'il

maigrit ; cependant il garde encore une assez belle corpulence ; l'examen gastro-intestinal est négatif ; la radioscopie ne montre aucune lésion digestive locale. Les psychasténies digestives de guerre sont fréquentes, et peut-être ce malade doit-il être rangé dans ce cadre.

Cependant, à y regarder de plus près, tel ou tel signe donne une note hépatique qu'il ne faut pas négliger; parfois un peu de subictère conjonctival, parfois quelques taches rubiques disséminées sur le tronc, parfois sur une narine la trace d'une épistaxis légère dont le malade n'a même pas songé à se plaindre, parfois les stigmates classiques de l'éthylisme chronique qui, associés à des troubles dyspeptiques, doivent toujours faire songer à un processus hépatique. De fait, le foie est débordant et un peu consistant, la rate est presque toujours percutable ; des hémorroïdes récentes, un léger ballonnement permanent de l'abdomen, parfois une véritable circulation collatérale constituent l'ébauche d'un syndrome portal. L'examen des urines confirme l'état d'insuffisance hépatique en montrant l'abaissement du taux de l'urée, l'élévation du coefficient d'imperfection uréogénique, parfois une glycosurie intermittente, assez fréquente chez ces malades mis au régime des féculents.

Il ne s'agit donc pas de dyspepsie hyposthénique simple, mais de troubles digestifs secondaires à une *insuffisance hépatique*. Les médications apéritives, les élixirs digestifs, les extraits gastriques, la strychnine n'auront ici aucun résultat. Il faut prescrire au malade le régime lacto-végétarien, l'opothérapie hépatique (ou au moins biliaire), la suppression absolue du vin et de

l'alcool. On obtiendra ainsi une amélioration très notable et il est permis de dire que si le traitement est patiemment suivi par le malade, on évite dans nombre de cas le développement ultérieur d'une cirrhose hépatique grave.

II. — Voici un homme de 30 à 35 ans dont l'état général est passable, ou même satisfaisant, et qui présente, quelques heures après l'ingestion des aliments, une douleur épigastrique vive, quelquefois calmée par un vomissement acide ou non; il arrive que la douleur se prolonge pendant des journées entières, rendant l'alimentation presque impossible, s'accompagnant d'insomnie, de tachycardie, de nervosisme accentué; cet état évolue depuis des mois avec des alternatives de semaines passables et de semaines pénibles.

On pense à un ulcus pylorique ou duodénal; de fait, la palpation montre un point douloureux sous-costal droit, mais la radioscopie ne décèle absolument aucun signe de lésion de l'estomac ou du duodénum ; les deux organes sont souples, indolores; la réaction de Meyer est constamment négative dans les selles. En présence de ces signes négatifs, faut-il donc éliminer l'hypothèse de toute lésion organique?

Or ce malade est parfois, en réalité, un vésiculaire. Que l'on recherche à nouveau le point douloureux électif, on verra qu'il correspond à la région de la vésicule; si la paroi est souple, la vésicule distendue est parfois accessible à la palpation: si la paroi est contracturée, l'examen radiologique, fait après insufflation colique ou mieux après distension de l'estomac par la

potion de Tonnet, permet de voir l'ombre vésiculaire douloureuse, sous-jacente à l'ombre hépatique.

C'est donc bien la *vésicule biliaire* qui est souffrante. S'agit-il de lithiase? Pas uniformément, à coup sûr; parfois c'est de l'hydropisie intermittente, souvent une cholécystite chronique post-infectieuse à poussées subaiguës et à poussées souvent subfébriles. Il y a précisément dans cet état de subfébricité un élément qui doit orienter l'attention dans une autre direction que celle d'un ulcus pylorique banal, et qui doit, en tout cas, écarter l'hypothèse de phénomènes névropathiques purs.

III. — Passons à un autre exemple. Notre jeune homme est un malade de 20 à 30 ans qui se plaint de présenter des douleurs abdominales diffuses, surtout gastriques, des vomissements intermittents et aussi une asthénie qu'il attribue à la dénutrition et qui, avec la douleur, domine le tableau clinique. La palpation de l'abdomen montre simplement une sensibilité de la région solaire et para-ombilicale sans point douloureux électif; l'examen radiologique est absolument négatif; l'examen des vomissements et des fèces ne montre nulle part trace de sang. A la symptomatologie fonctionnelle ne correspondent donc pas jusqu'ici des symptômes objectifs nets. Or, n'oublions pas que ce malade est un asthénique; il l'a déclaré de lui-même, et l'infirmière le confirme en indiquant qu'il sort peu ou pas, qu'il reste volontiers étendu sur son lit dans la journée, et que les divertissements de ses camarades le laissent à peu près indifférent. Si l'on mesure la tension artérielle, on la trouve notablement diminuée : 11 maxima et 7 minima,

au Pachon par exemple, avec indice oscillométrique faible atteignant ou dépassant à peine une division ou une division et demie ; la recherche de la ligne blanche de Sergent est souvent positive.

Nous avons donc en main trois éléments qui nous permettent de parler de *syndrome surrénal fruste* : les douleurs abdominales, l'asthénie (jusqu'ici symptômes subjectifs) et l'hypotension, symptôme objectif de première importance, à condition, bien entendu, d'être durable.

Trouve-t-on aussi une pigmentation atténuée qui, jointe aux symptômes précédents, autorise le terme *d'addisonisme* ? Nous l'avons vue trois fois sous forme d'hyperpigmentation des mamelons, des organes génitaux, de teint légèrement bronzé de la face, avec deux fois de très petites taches pigmentaires buccales ; dans ces trois cas, il s'agissait de sujets bruns ; les blonds ont tout le reste du tableau surrénal sans avoir de modifications pigmentaires.

On doit à M. Lœper d'avoir parfaitement décrit cette *dyspepsie surrénale* ; ce terme est juste et doit rester ; les malades viennent en effet trouver le médecin uniquement pour leurs troubles digestifs, et c'est l'examen systématique qui établit la relation entre ces troubles et la déficience surrénale. Le traitement apporte d'ailleurs confirmation au diagnostic, une amélioration très notable étant fournie par l'usage des extraits surrénaux ou de l'adrénaline.

On ne négligera jamais, au surplus, de rechercher chez ces malades les signes d'une infection tuberculeuse

discrète à laquelle il convient d'apporter aussi le traitement approprié.

IV. — Voici un dernier exemple ; celui-ci est important à retenir parce qu'il montre à quelles erreurs de diagnostic s'expose le médecin qui examine complètement ses malades.

Notre patient est un homme de 40 à 45 ans qui a été dirigé sur l'hôpital avec le diagnostic de « vomissements répétés », ou de « vomissements incoercibles », ou « d'ulcus gastrique ». Il se plaint en effet de souffrir et de vomir après chaque repas ou presque, ces symptômes cédant parfois, semble-t-il, au repos ou au régime, mais réapparaissant toujours au bout de quelques semaines ou de quelques mois. L'examen clinique et l'examen radiologique sont absolument négatifs, les vomissements et les selles ne contiennent pas trace de sang ; l'état général est à peu près satisfaisant. Les « vomisseurs » sont nombreux depuis la guerre ; après les avoir pris en grande pitié, on s'est aperçu qu'il y avait parmi eux des régurgiteurs, des mérycistes, de francs simulateurs ; la ligne de conduite est dès lors devenue plus sévère à leur égard lorsque l'examen objectif a dûment démontré qu'il n'existe aucune lésion. Mais cet examen objectif doit comprendre — et cela d'une façon absolue — la recherche des signes initiaux du tabes. Parfois on trouvera, comme nous l'avons vu, les signes d'un tabes avéré ; plus souvent il n'existera ni douleurs périphériques, ni signe de Romberg, ni ataxie ; mais on constate l'abolition des réflexes achilléens, l'abolition ou la diminution des réflexes rotu-

liens (1) et la présence du signe d'Argyll-Robertson avec ou sans inégalité pupillaire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre la lymphocytose, l'hyperalbuminose, et la réaction de Bordet-Wassermann positive, indices certains de l'évolution syphilitique nerveuse. Notre malade n'était donc ni un simulateur, ni un névropathe, ni un ulcéreux, mais un tabétique que l'on peut souvent encore améliorer par un traitement mercuriel bien conduit. Ces faits ne sont pas négligeables puisqu'il nous a été donné d'en observer quatre cas.

*
* *

Ces exemples pourraient être multipliés ; ils montrent que l'examen d'un malade digestif ou autre, ne saurait jamais être assez complet. Aussi est-il désirable que, dans tout service hospitalier, chaque médecin se réserve un local quelconque, ne fût-ce qu'un coin de salle où, dès l'entrée, chaque malade sera l'objet d'un examen complet fait une fois pour toutes ; cet examen initial, difficile au lit du malade parce qu'on ne peut avoir constamment autour de soi les instruments nécessaires, parce qu'il faut pouvoir dicter immédiatement les résultats de l'observation, prend assurément un peu de temps, mais beaucoup moins que d'avoir ultérieurement à préciser ou a rectifier des diagnostics insuffisants ou erronés.

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que la recherche des réflexes doit être pratiquée avec soin et précision ; le bord cubital de la main ou le plateau du stéthoscope sont des percutants de médiocre valeur ; si le médecin ne possède pas de marteau à réflexes, il s'en confectionnera un, comme l'indique ingénieusement Perrin (de Nancy), avec une grosse gomme de bureau montée sur un crayon ou une tige de bois.

CHAPITRE VI

L'épreuve de la traversée digestive au charbon.

On sait que la traversée totale du tube digestif est, à l'état normal, de 24 à 36 heures environ. Un cachet de charbon ou de carmin, ingéré à la fin du repas de midi, apparaît dans les selles le lendemain dans l'après-midi, dans la soirée, ou le surlendemain matin.

Nous avons pendant deux ans pratiqué cette épreuve très simple chez nos malades digestifs, et nous avons pu en tirer quelques conclusions intéressantes.

Nous conseillons de faire absorber, après la « soupe » du matin, 2 grammes de poudre de charbon en cachets (ce qui représente 4 cachets de volume moyen), ou bien de mélanger les 2 grammes de poudre à une purée ou à un peu de confiture. Toutes les selles émises à partir de ce moment seront conservées avec indication de l'heure à laquelle elles ont été émises. La présence du charbon donne aux matières une coloration noire aisément appréciable. La durée de la traversée digestive est représentée par le nombre d'heures écoulé entre l'absorption et l'élimination franche du charbon.

Chez les *diarrhéiques vrais*, la traversée digestive est toujours accélérée, réduite à 15 heures, 12 heures, quelquefois même 8 ou 6 heures; les aliments séjournent peu dans le tube digestif; les matières n'ont pas le temps d'être déshydratées et concentrées dans le côlon; elles sont évacuées abondantes et molles.

Il y a donc, dans cette épreuve de traversée digestive, un procédé pratique pour apprécier l'authenticité d'une diarrhée accusée par le malade. Disons d'ailleurs, en passant, que diarrhée authentique ne signifie pas toujours diarrhée pathologique, car nous avons vu certains malades entretenir volontairement une diarrhée factice par absorption quotidienne de laxatifs.

Chez les *dysentériques*, la traversée digestive est normale; des malades qui vont à la selle 10 ou 15 fois par jour n'éliminent leur charbon qu'au bout de 24 heures, 30 heures ou plus : c'est qu'il ne s'agit pas chez ces malades de diarrhée vraie, mais de suintement rectal ou recto-sigmoïdien; l'examen des selles, loin de les montrer copieuses et homogènes, les montre glaireuses, muco-sanguinolentes avec peu de matières mélangées aux produits d'exsudation rectale. L'épreuve de la traversée digestive, outre qu'elle fournit ici un appoint clinique réel, montre bien la différence physiologique fondamentale qui existe entre la diarrhée vraie et la fausse diarrhée dysentérique.

Chez les *constipés*, l'apparition du charbon dans les selles n'a souvent lieu qu'au bout de plusieurs jours, parfois d'une semaine et plus; s'il s'agit seulement de stase colique sans obstacle local, un lavement simple

peut, au bout de 48 heures, ramener des scybales noires; sinon (mais sans accorder à ce signe du lavement d'autre valeur que celle d'un soupçon) il sera toujours bon de préciser par l'examen radiologique quel est l'état du côlon et de rechercher avec soin une sténose, une coudure, une adhérence, la péricolite d'un angle, etc...

Nous limitons à ces états intestinaux les cas dans lesquels il faut tirer des déductions pratiques de cette épreuve, parce que ces affections donnent lieu à de *grosses différences évidentes*. Sans être dépourvues d'intérêt, les différences sont moindres au cours des états dyspeptiques simples, des troubles hépatiques et pancréatiques. Mais il y aura toujours intérêt à pratiquer systématiquement cette épreuve très simple chez tous les digestifs, ne fut-ce que pour ne pas méconnaître les troubles dyspeptiques secondaires des constipés (réactions gastriques d'origine colique), qui en imposent parfois pour des dyspepsies primitives, et qui ne guérissent que par le traitement de la constipation. Mathieu et, plus récemment, Faroy (1) ont très justement insisté sur ces faits.

(1) Faroy. Les faux gastriques d'origine intestinale. *Presse Médicale*, 30 Mai 1918.

CHAPITRE VII

Le toucher rectal chez « les jeunes »

Nous sommes habitués à demander au toucher rectal chez l'homme la constatation d'un néoplasme rectal ou d'une grosse prostate : c'est donc à la pathologie de la seconde moitié de l'âge adulte ou à celle du vieillard que semble devoir surtout s'adresser le toucher rectal. Il nous paraît cependant que, au risque de trouver de nombreux résultats négatifs, il est indiqué de l'utiliser assez fréquemment chez les militaires.

Les syndromes de rectite ou de recto-colite ne sont pas méconnus du médecin; mais depuis la fréquence relative de la dysenterie et en particulier de la dysenterie amibienne, on a tendance à rapporter à cette affection la plupart des syndromes ainsi observés; l'examen de laboratoire confirme ou non, mais un examen négatif n'entraîne pas l'élimination absolue du diagnostic, car les amibes mobiles peuvent manquer, les kystes être discutables, et un examen négatif appelle souvent un second examen ultérieur avec l'espoir qu'il pourra être positif. Sans rien négliger de toutes ces recherches, le médecin devra pratiquer systématiquement le toucher

toutes les fois que des signes d'irritation rectale lui permettront de supposer l'existence d'une lésion locale. Nous avons eu ainsi la surprise de constater deux fois l'existence d'un *néoplasme* (1), une fois d'une *sténose vraisemblablement tuberculeuse*, une fois d'une *rectite blennorragique*. Il s'agit là de lésions nettes, ne pouvant être confondues avec des lésions dysentériques et concernant des malades pour lesquels le diagnostic avait été jusque là fort incomplet.

Il faut se rappeler que la guerre n'a pas simplifié la pathologie, mais l'a compliquée ; les syndromes nouveaux, peu connus en temps de paix et qui, actuellement, fixent un peu l'attention, ne doivent pas faire oublier la pathologie rectale classique ; les cas que nous venons de citer sortent sans doute de la banalité courante ; ils permettent néanmoins de rappeler l'utilité du toucher rectal même chez nos militaires jeunes.

(1) Un de ces cas, où le néoplasme paraissait cliniquement certain (mais n'a malheureusement pu être vérifié par biopsie) évoluait chez un sujet de 20 ans.

CHAPITRE VIII

Les syndromes douloureux intestinaux chroniques.

Dans la pathologie du soldat, quatre de ces syndromes méritent d'être retenus spécialement :

Le syndrome d'entéro-colite diffuse banale, non spécifique ;

Le syndrome appendiculaire chronique ;

Le syndrome de recto-colite dysentérique ;

Le syndrome de péritonite plastique fruste.

Nous voulons résumer les caractères de la douleur dans chacun de ces syndromes et rappeler, à propos de chacun d'eux, les éléments essentiels qui le caractérisent.

I. — Dans l'entéro-colite chronique diffuse non spécifique, tout le trajet du côlon est douloureux, et la douleur réagit fortement sur les plexus. Subjectivement, la douleur est diffuse, sourde, variant dans son intensité, mais variant peu dans son type, donnant volontiers une impression « contuse » avec irradiation lombaire. Le malade craint la palpation, mais contracte peu sa paroi ; le côlon est sensible, souvent ptosé, presque toujours

contracté en corde qui se resserre encore quand la palpation se prolonge; le cæcum est parfois cordé, parfois normal, souvent un peu gros et gargouillant, roulant très bien sous les doigts, non électivement douloureux. Le plexus solaire (point épigastrique) et les plexus mésentériques (points para-ombilicaux) sont nettement sensibles au palper.

Le malade n'est ni un diarrhéique, ni un faux diarrhéique; c'est un constipé avec des selles rares, dures, enrobées de membranes, exceptionnellement pour ne pas dire jamais sanguinolentes (mis à part le simple filet sanglant d'érosion anale ou hémorroïdaire).

La traversée digestive (charbon) est retardée, la perméabilité de l'intestin est parfaitement normale; l'examen radiologique vérifie l'existence de la ptose et de la corde, mais ne montre aucune lésion locale. L'état général est parfois médiocre, mais la dénutrition n'est jamais rapide. Le malade est apyrétique.

II. — Le syndrome appendiculaire chronique a parfois été précédé d'une ou plusieurs crises appendiculaires aiguës. Malgré que l'appendicite chronique réalise souvent des troubles à distance, en particulier des réactions gastriques et une douleur solaire, il est rare que le malade ne déclare pas souffrir électivement, au moins à de certains moments, de la région cæco-appendiculaire.

Que pouvons-nous attendre de l'examen local?

La paroi est plus ou moins complaisante; tantôt on palpe très bien le cæcum dans ses détails, tantôt on n'en perçoit que la masse. On devra toujours chercher :

1° Si le cæcum est mobilisable et roule bien sous les doigts à la palpation ; 2° s'il existe un point douloureux électif constant et sa localisation par rapport au cæcum.

La première recherche a trait à l'existence possible d'adhérences importantes, reliquat des réactions péritonéales antérieures ; la constatation n'en est pas fréquente, mais fournit une indication de haute valeur.

La seconde a pour but de découvrir la sensibilité de l'appendice lui-même ; sauf exceptions qui nous ont paru très rares, le point douloureux est nettement fixé sur la face interne du cæcum, correspondant au siège habituel de l'appendice. Alors que, au cours d'une appendicite aiguë on doit presque toujours se contenter, en raison de la défense pariétale, de localiser le point douloureux sur la peau, au cours d'une appendicite chronique la localisation doit toujours être faite par rapport au cæcum ; il est à peine besoin d'insister sur ce point.

Donc, ce que l'on constate le plus souvent, c'est un cæcum bien ou assez bien mobile et douloureux à sa face interne. La radioscopie du cæcum plein de bismuth confirme les données de la palpation, permet souvent de déceler des adhérences limitées et de mieux localiser le point douloureux.

Ce fait acquis devra être rapproché des autres éléments cliniques du syndrome ; troubles dyspeptiques intermittents sans lésion décelable de l'estomac ; constipation modérée avec perméabilité intestinale normale à la radio, parfois petite exagération de la température vespérale

augmentant encore après la fatigue, parfois aussi amaigrissement et dénutrition, comme chez un tuberculeux (Faisans).

Donc, syndrome douloureux *à préciser*, petit syndrome infectieux atténué *à rechercher*. Malgré la fréquence réelle de l'appendicite chronique, il nous paraît que le diagnostic ne peut être porté sans ce minimum de précision dans les symptômes.

III. — Le syndrome dysentérique est un syndrome recto-colique ; *sensibilité sigmoïde* soit spontanée, soit seulement révélée par la palpation, *selles impérieuses* avec mucorrhée souvent sanguinolente, *ténesme* en cas de lésions basses ano-rectales.

Les selles sont fréquentes, mais non fécales ; c'est de la fausse diarrhée : la traversée digestive au charbon est sensiblement normale.

En pareil cas, toujours pratiquer le toucher rectal qui élimine l'hypothèse d'une grosse lésion locale (sténose néoplasique ou autre) et chercher à attribuer au syndrome dysentérique une spécificité étiologique qui sera souvent l'amibiase.

IV. — Le terme de *péritonite plastique fruste* demande tout d'abord une interprétation anatomique. Nous connaissons bien les symphyses pleurales de l'apex, de l'interlobe ou de la base (lésions généralement tuberculeuses) ; nous connaissons aussi, depuis la description de M. Lœper (1), la périphrénite tuberculeuse dans laquelle, aux lésions pleurales basilaires, s'associent, de

(1) *Société Médicale des hôpitaux*, 1916 ; et *Etudes sur la pathologie du soldat* (Jouve, 1917).

l'autre côté du diaphragme, des lésions péritonéales de l'abdomen supérieur.

Nous connaissons encore la péritonite tuberculeuse fibro-adhésive sèche, avec rétraction de l'abdomen et syndrome d'occlusion à étages. Nous pensons qu'il peut exister des lésions de symphyse péritonéale très discrète ayant une symptomatologie purement intestinale et que nous supposons de nature tuberculeuse en raison des conditions dans lesquelles on les observe.

C'est le tableau de cette affection que nous voudrions brièvement dresser ici.

Il s'agit d'un militaire chez lequel l'examen purement clinique relève les trois signes suivants : troubles abdominaux douloureux, amaigrissement notable et état subfébrile; ces signes ne présentent au premier abord aucune particularité nette, et c'est l'examen radiologique qui fait le diagnostic.

Cependant les symptômes cliniques méritent d'être passés en revue avec soin.

a) Le malade souffre de l'abdomen, la douleur est diffuse avec parfois une zone élective (région péri-ombilicale, fosses iliaques ou hypochondres); la douleur est sourde, mais s'exacerbe souvent sous forme de coliques que soulage l'apparition d'un gros borborygme suivi, au bout de quelques minutes, d'évacuation de gaz par l'anus (ce signe des « gaz douloureux » est à retenir) : le malade est habituellement constipé, mais présente des poussées diarrhéiques à propos de tout et de rien : un écart alimentaire léger, un refroidissement, une fatigue minime, ou sans cause apparente. L'examen de

l'abdomen le montre un peu ballonné et un peu sensible; pas trace d'ascite, pas trace de gâteaux ou d'empâtement ; toucher rectal négatif. Le ballonnement doit retenir l'attention ; ni les entéro-colitiques, ni les dysentériques n'ont l'abdomen ballonné; de même dans l'appendicite chronique, le ballonnement habituel est l'exception.

Entendons bien qu'il s'agit ici du ballonnement vrai et non du faux gros-ventre décrit par Denéchau, gros ventre par contracture du diaphragme ou par ensellure lombaire et, en tous cas, réductible.

b) Le malade a manifestement maigri. Cet amaigrissement (que l'on vérifiera souvent par la présence de petites vergetures), est rapide; il atteint facilement 2 à 3 kilos par mois, et au bout de 6 ou 8 mois se chiffre par 15, 20 kilos. Il est lié non seulement aux perturbations digestives locales, mais à l'état subinfectieux que traduit la courbe thermique.

c) En effet, la température est presque constamment subfébrile, soit en plateau aux environs de 38° et quelques dixièmes, soit avec oscillations entre 37°5 et 38°2 ou 38°3. Cette fébricule s'exaspère toujours par la fatigue; elle ne s'atténue en général qu'incomplètement par le repos au lit.

L'aspect général du malade est médiocre ; le teint est pâle; la tension est basse (12-7 Pachon).

Cet état éveille, à juste titre, l'idée de tuberculose ; et l'on examine le thorax bien que le malade ne tousse, ni ne crache. Souvent un sommet ou une base respirent mal ; il n'est pas rare (deux cas sur six) qu'une réaction

pleurale atténuée se manifeste à une base (à droite) sous forme de frottements discrets ou de voile respiratoire net.

Voilà tout ce que montre l'examen clinique, et jusqu'ici il n'a pas interprété les symptômes abdominaux. Or si l'on pratique un examen radiologique minutieux du tube digestif, en suivant pas à pas la progression du bismuth, on constate qu'il existe en un point (ou souvent en plusieurs points) une zone douloureuse limitée avec adhérence locale du viscère; ce sera sur la grande courbure gastrique, sur le grêle, sur le cæcum, sur le transverse ou sur un angle colique; le point douloureux est fixe et le segment intestinal auquel il correspond semble adhérent, sinon à la paroi, du moins à une anse voisine dont il est impossible de le dissocier. Pour qui sait la facilité avec laquelle, à l'état normal, on voit la masse intestinale se déplacer et se dissocier sous l'écran lors de la palpation, il y a là un signe précieux qu'il faut enregistrer avec soin. D'ailleurs, la perméabilité intestinale est sensiblement normale, et le bismuth est évacué dans le temps voulu.

Que si l'on pratique également l'examen du thorax, on constate aussi l'existence d'un voile pleural apexien ou plus souvent basilaire avec parfois un cul-de-sac qui s'éclaire mal et presque toujours un diaphragme qui se festonne à l'inspiration.

Cet ensemble de signes cliniques et radiologiques nous permet maintenant de poser un diagnostic.

Notre malade est, nous le savions, un subinfecté du fait de son état thermique et de son amaigrissement; sa

localisation pathologique est sur les séreuses, comme le montre l'examen radiologique; le diagnostic vraisemblable est celui de *tuberculose plastique pleuro-péritonéale*.

Ainsi arrivons-nous à comprendre la physiologie pathologique élémentaire des troubles observés.

Le malade est un pleuro-péritonéal, mais la symptomatologie fonctionnelle est presque uniquement abdominale parce que l'intestin supporte beaucoup moins bien que le poumon la lésion séreuse adjacente; les brides, les petites plaques de symphyse créent un ou plusieurs obstacles locaux sans doute bien incomplets mais gênant le passage des gaz qui sont douloureux, expliquant le ballonnement et la constipation habituelle; il n'est pas étonnant au surplus que les points d'irritation locale de l'intestin provoquent des poussées diarrhéiques nombreuses, entrecoupant la constipation et réalisant le tableau clinique que nous avons décrit plus haut.

Quel est l'avenir de ces malades? Nous n'avons pu les suivre très longtemps, les ayant toujours proposés pour la seule mesure qui s'impose en pareil cas : la réforme temporaire ou parfois définitive; mais nous avons revu trois d'entre eux sur six.

Chez les deux premiers, sous l'influence du repos, du traitement général, de la récalcification, de l'opothérapie surrénale, du régime alimentaire bien conduit dans la famille, il s'est produit une amélioration considérable au point que paraît écartée l'éventualité d'une évolution séreuse plus grave; chez le troisième, l'apparition franche d'une péritonite tuberculeuse est venue vérifier la réalité de notre diagnostic.

Sans doute les fatigues considérables de la guerre interviennent-elles pour favoriser l'évolution de lésions qui eussent pu, en d'autres circonstances, se scléroser complètement ; sans doute, du fait de la guerre, le chiffre des tuberculoses séreuses est-il plus élevé ; puisque nous avons à examiner ces malades non pas lorsque les lésions se sont constituées irrémédiables, mais à partir du moment somme toute assez précoce où, en présence des troubles abdominaux et du fléchissement de l'état général, on se demande simplement s'ils devront être éliminés de l'armée, il faut s'efforcer de poser aussitôt que possible un diagnostic exact qui permettra une bonne orientation thérapeutique et évitera l'apparition ultérieure d'accidents plus graves.

CONCLUSIONS

Le médecin non spécialisé peut, avec une instrumentation très simple, préciser le diagnostic des « digestifs ».

a) L'amaigrissement est d'importance capitale ; il faut l'établir par des chiffres et des constatations objectives.

b) L'abaissement du bord inférieur de l'estomac peut se préciser par l'auscultation de l'abdomen pratiquée après absorption de potion effervescente.

c) Le diagnostic d'une ulcération digestive nécessite beaucoup de minutie ; la recherche chimique du sang dans les matières, la précision d'un point douloureux constant, sous les rayons, doivent tomber dans le domaine de la pratique journalière.

d) Les « vomisseurs » sans lésion organique sont un type de malades qu'il importe de connaître.

e) L'examen d'un malade digestif ne saurait jamais être assez complet ; c'est ainsi que souvent la dyspepsie peut être ramenée à une insuffisance hépatique, à une lithiase biliaire, à un syndrome surrénal ou même à un tabes.

f) L'épreuve de la traversée digestive au charbon est

un procédé pratique pour apprécier l'authenticité d'une diarrhée ou d'une constipation.

g) Du même ordre que les symphyses pleurales, généralement tuberculeuses, il existe des lésions de symphyse péritonéale très discrète avec une symptomatologie uniquement intestinale et un état général subinfectieux qui évoque l'idée de tuberculose ; le terme de « péritonite plastique fruste » nous paraît convenir à ces lésions.

Vu: le Président,
LETULLE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARE

BIBLIOGRAPHIE

A. Mathieu. — Etude sur la séméiologie pylorique ; pylore palpable ; tumeur pylorique à gauche de la région épigastrique. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.* T. IX, n° 4.

Mouriquand et Bouchut. — Les dyspepsies de guerre. *Présse Médicale*, 6 Juin 1918.

Mouriquand. — Société Médico-chirurgicale de la XIV[e] Région (Décembre 1916).

Faroy. — Les faux gastriques d'origine intestinale. *Presse Médicale*, 30 Mai 1918.

Lœper. — *Etudes sur la pathologie du soldat.* (Jouve, 1917).

Coulommiers.
Imprimerie DESSAINT et C^ie^.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.